



**San Martín**

GOBIERNO REGIONAL

(El pueblo está primero)

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
UNIDAD EJECUTORA H-II-2- TARAPOTO

N° 474-2022-U.E-H-II-2-T



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Tarapoto, 18 de Mayo del 2022

**VISTO:** La Nota Informativa N° 044-2022-U.E-H-II-2-T/DPCyAP, emitido por el Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital II-2 Tarapoto; y

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, la Ley N° 26454 declara de orden público e interés nacional la obtención, procesamiento, distribución y uso de sangre humana;

Que, de conformidad con el inciso b) del Artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud Aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, el Director Médico del Establecimiento de Salud debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de atención y la estandarización de los procedimientos de la atención en salud;

Que, con la Resolución Ministerial N° 283-99-SA/DM, de fecha 10 de Junio de 1999, se estableció las Normas de Procedimientos para Control, Medidas de Seguridad, Sanciones en Relación con la Obtención, Donación, Conservación, Transfusión y Suministro de Sangre Humana, de cumplimiento obligatorio en los Bancos de Sangre Públicos y No Públicos;

Que, de conformidad, con el precitado dispositivo legal, la sangre sólo podrá observarse y suministrarse sin ánimo de lucro. Las instituciones que la obtengan y la suministren, únicamente podrán efectivizar los costos que implican la obtención, procesamiento y suministro de la misma debiendo informar al respecto al PRONAHEBAS, a fin de establecer anualmente los montos por los indicados conceptos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, de fecha 14 de Mayo del 2015, se aprobó la NTS N 117-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud"

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 05 de Julio del 2021, se aprobaron las Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la cual es de observancia obligatoria de todas la Direcciones Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud





# San Martín

GOBIERNO REGIONAL  
¡El pueblo está primero!  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
UNIDAD EJECUTORA H-II-2- TARAPOTO



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Tarapoto, 18 de Mayo del 2022

Que, mediante Nota Informativa N° 044-2022-U.E-H-II-2-T/DPCyAP, el Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica solicita al Directora se sirva tramitar la aprobación, mediante Resolución Directoral, los “Formatos y Registros del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I del Hospital II-2 Tarapoto” en su Segunda Versión;



Que, mediante derivado de Dirección remite a la Oficina de Asesoría Legal los “Formatos y Registros del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I del Hospital II-2 Tarapoto”, y solicita proyectar el acto resolutivo;

Con la visación del Departamento de la Oficina de Asesoría Legal y la Dirección General de la Unidad Ejecutora 404 - Hospital II-2 de Tarapoto;

Que, en uso de mis atribuciones conferidas mediante Resolución Directoral Regional N° 309-2020-GRSM-DIRESA/DG, que me designa en el cargo de Directora, de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Especializada de alcance Regional - Hospital II-2 de Tarapoto, de la Dirección Regional de Salud del Gobierno Regional de San Martín, a partir del 25 de Junio del 2020, con todas las atribuciones y responsabilidades inherentes al cargo, y;

### SE RESUELVE:


**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR;** la Segunda Versión de los “**Formatos y Registros del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I del Hospital II-2 Tarapoto**”, que consta de treinta (30) folios, debidamente visados forman parte integrante de la presente Resolución Directoral.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER;** al Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica la implementación del Manual que se aprueba mediante la presente Resolución Directoral, informando periódicamente de sus resultados a la Dirección del Hospital II-2 Tarapoto.

**ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR;** a la Oficina de Comunicaciones e imagen Institucional, disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Hospital.

**REGÍSTRESE y COMUNÍQUESE**


GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN  
UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL II-2 - TARAPOTO  
M.C Jacqueline V. Castañeda Cárdenas  
CMP. 57285 RNA 05465  
DIRECTOR

 HOSPITAL TARAPOTO	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: MA-FOR
	FORMATOS Y REGISTROS	VERSIÓN: 02

**MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL II-2 MINSA TARAPOTO  
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA  
PATOLOGICA**

**FORMATOS Y REGISTROS  
DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I  
DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO**


TARAPOTO, ABRIL 2022

	<b>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</b>	<b>CÓDIGO: FR-MEC-001</b>
	<b>FORMATOS Y REGISTROS</b>	<b>VERSIÓN: 02</b>

**EG02-FR01: PLAN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO**

• INTRODUCCIÓN			
• DIAGNÓSTICO BASAL DE ENTRENAMIENTO			
• OBJETIVOS			
• LINEAS DE ACCIÓN A IMPLEMENTAR			
• CURSOS A DESARROLLAR			
• Nro. DE USUARIOS POR LINEA DE ACCIÓN			
• TEMARIO:	TEÓRICO	PRÁCTICO	TEÓRICO – PRÁCTICO
RESPONSABLES DE CAPACITACIÓN			
• CERTIFICADOS CON CREDITAJE			
• RÉPLICAS			
• CRONOGRAMA			
• PRESUPUESTO			
• MONITOREO			
• RESULTADOS			



	<b>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</b>	<b>CÓDIGO: FR-GRH-001</b>
	<b>FORMATOS Y REGISTROS</b>	<b>VERSIÓN: 02</b>

**EG02-FR02: FICHA DE PERFIL OCUPACIONAL**

Nº De Ficha:

Fecha:

Código de Trabajador:

Dirección de Salud:  Institución:  Área:



**DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR:**

Apellidos y Nombres:			
Edad:	años	Sexo: Masculino	Femenino
Profesión:	Estado civil:		
Lugar de Nacimiento:	NºD.N.I.:		
Domicilio:	Fecha de Nacimiento:		
Teléfono casa:	Distrito:		E-mail:
Celular:			


**II. ANTECEDENTES:**

Educación:
Experiencia:
Certificados:
Conocimiento de idiomas:
Publicaciones:
Docencia:
Otros antecedentes o conocimientos
Méritos / Deméritos

**III. DESCRIPCIÓN DE TAREAS:**

Cargo:
Área asignada:
Responsabilidades:



	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: FR-MEC-002
	FORMATOS Y REGISTROS	VERSIÓN: 02

**EG02-FR03: FICHA DE CAPACITACIONES RECIBIDAS:**


Nombre del Trabajador:  Código del trabajador:

Área de trabajo:

Año:



Nombre del Curso/Evento	Organizador	Lugar	Duración (horas)	Periodo	Autofinanciado (Si - No)	Créditos	Réplica (Si - No)

 <p>HOSPITAL TARAPOTO</p>	<p>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p>CÓDIGO: FR-GEQ-001</p>
	<p>FORMATOS Y REGISTROS</p>	<p>VERSIÓN: 02</p>

**EG03-FR01: INVENTARIO DE EQUIPOS**

Dirección de Salud a la que pertenece: \_\_\_\_\_


Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Nombre del Responsable del CHT y BS: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



No	Nombre del Equipo	Nº de Serie	Código	Estado	Ubicación	Usuario Responsable

	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: FR-GEQ-002
	FORMATOS Y REGISTROS	VERSIÓN: 02

**EG03-FR02: PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS**

NOMBRE DEL EQUIPO:	MODELO:	MARCA:
Nº de Serie:	TIEMPO DE GARANTÍA:	
CÓDIGO:	AÑO DE FABRICACIÓN:	FECHA DE INICIO DE FUNCIONAMIENTO:
DESCRIPCIÓN TÉCNICA:		
NOMBRE DEL PROVEEDOR DEL EQUIPO:		



**MANTENIMIENTO DEL EQUIPO**

**MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

PARTE MANTENIDA	CRONOGRAMA												RESPONSABLE	CONFORMIDAD	
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			



**OBSERVACIONES:**

---



---



---



---



---



---




---



---

Nombre, Firma y Sello del Responsable




	<b>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</b>	<b>CÓDIGO: FR-GEQ-003</b>
	<b>FORMATOS Y REGISTROS</b>	<b>VERSIÓN: 02</b>

**EG03-FR03: FICHA TÉCNICA DEL EQUIPO**

NOMBRE DEL EQUIPO:	Nº DE SERIE:
CÓDIGO DEL EQUIPO:	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO:	CÓDIGO DEL USUARIO:
<b>CARACTERÍSTICAS DEL ENCENDIDO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se enchufa directamente:</li> <li>• Necesita transformador:</li> <li>• Se conecta simultáneamente con otros equipos:</li> <li>• Voltaje de uso:</li> <li>• Otros:</li> </ul>	
<b>CARACTERÍSTICAS DEL APAGADO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasos para el apagado:</li> <li>• Orden del apagado:</li> </ul>	
<b>INSTRUCCIONES DE USO:</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL EQUIPO:</b>	
<b>PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA:</b>	
<b>SERVICIO Y MANTENIMIENTO TÉCNICO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable de Mantenimiento:</li> <li>• Frecuencia:</li> </ul>	



	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: FR-GLG-001
	FORMATOS Y REGISTROS	VERSIÓN: 02

**EG04-FR01: FICHA DE CALIFICACIÓN DEL PROVEEDOR**

Código del proveedor:

Nombre del Proveedor:

Producto que provee:



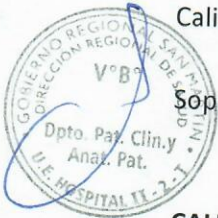
**EVALUACIÓN**

Calidad del producto:  BUENO  REGULAR  NO SATISFACTORIO

Disponibilidad del producto:  BUENO  REGULAR  NO SATISFACTORIO

Calidad de envío:  BUENO  REGULAR  NO SATISFACTORIO

Soporte Técnico:  BUENO  REGULAR  NO SATISFACTORIO



**CALIFICACIÓN**


- 0 – 1 Problemas en el año: **Bueno**
- 2 Problemas en el año: **Regular**
- 3 a más Problemas en el año: **No satisfactorio**

**RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN:**

Una calificación **No satisfactoria** o dos **Regulares** son causa para retirar al proveedor de la Lista de Proveedores Calificados.

Nombre del Evaluador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma y Sello del Evaluador: \_\_\_\_\_

	<b>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</b>	<b>CÓDIGO: FR-AHC-001</b>
	<b>FORMATOS Y REGISTROS</b>	<b>VERSIÓN: 02</b>

**EG05-FR01: REGISTRO DE UNIDADES ALMACENADAS**

Institución:

Personal:




FECHA	O POSITIVO				O NEGATIVO				A1 POSITIVO				A1 NEGATIVO			
	GR	PFC	Crio	PQ	GR	PFC	Crio	PQ	GR	PFC	Crio	PQ	GR	PFC	Crio	PQ



FECHA	A POSITIVO				A NEGATIVO				B POSITIVO				B NEGATIVO			
	GR	PFC	Crio	PQ	GR	PFC	Crio	PQ	GR	PFC	Crio	PQ	GR	PFC	Crio	PQ

FECHA	AB POSITIVO				AB NEGATIVO				Auto	Sang	Sang	Sang	OBSERVACIONES
	GR	PFC	Crio	PQ	GR	PFC	Crio	PQ	Trans	Dirig	Irrad	Sin tamizar	

	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: FR-ATT-001
	FORMATOS Y REGISTROS	VERSIÓN: 02

**EG05-FR02: SOLICITUD TRANSFUSIONAL**

Fecha:

Modalidad: **SIS**  CI:  **PARTICULAR**  Nro. Boleta:  **OTROS:**

**FECHA PARA SOP:**


**DATOS PERSONALES:**



Nombres y Apellidos:		Nro. de Historia Clínica:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Edad: años	Grupo:	Rh:
Lugar de Procedencia:	Servicio:	Nro. de Cama:	
Transfusiones previas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO	Fecha de última transfusión:		
Reacciones Transfusionales anteriores: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO			
Embarazos previos:	Abortos:	Incompatibilidad Materno Fetal:	
Diagnóstico de Enfermedad que justifique la transfusión:			
Hb:.....g/dl	Hto:.....%	Plaquetas:...../mm3	TP:.....seg TTPa:.....seg
<b>Requerimiento:</b>			
Paquete Globular:	<input type="text"/>	Plaquetas:	<input type="text"/>
Plasma Fresco Congelado:	<input type="text"/>	Plaquetas por Aféresis:	<input type="text"/>
Crioprecipitado:	<input type="text"/>	Otro (especifique):	<input type="text"/>
Fecha:	Hora:		
Médico:	Firma y Sello del Médico Tratante:		
Requisito: <b>MUY URGENTE (SIN PRUEBA CRUZADA) ( )</b> <b>URGENTE ( )</b> <b>PROGRAMADA ( )</b>			
Se autoriza para remitir la unidad sin prueba cruzada:			
Firma y Sello del Médico Tratante			



	Recepción de solicitud	Toma de muestra	Recepción de muestra	Entrega de Hemocomponente	Inicio de descongelación de PFC
Hora					
Personal					

	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: FR-AHC-002
	FORMATOS Y REGISTROS	VERSIÓN: 02

**EG05-FR03: SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE UNIDADES**

OFICIO N° .....- 20.....-D-H-II-2-T

A: DIRECTOR(A) DEL BANCO DE SANGRE REGIONAL SAN MARTÍN

DE: DIRECTOR DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO

FECHA: Tarapoto, ..... de ..... del 20.....



Por medio de la presente y de acuerdo a lo estipulado en el convenio interinstitucional se solicita al Banco de Sangre Regional de San Martín; Hemocomponentes, los cuales serán utilizados en el tratamiento de pacientes que lo requieran en nuestro establecimiento.



HEMOCOMPONENTES	GRUPO SANGUÍNEO	FACTOR RH	CANTIDAD

Atentamente


HOSPITAL II-2 TARAPOTO

Nombre, Firma y Sello del Responsable del CH y BS

**Requisitos para la recepción y medio de transporte de los componentes sanguíneos:**

- No más de 5 días de extraídas las unidades.
- Constancia de Transferencia del Banco Regional San Martín con los datos completos de las unidades.
- Usar container hermético (Tecnopor o cooler).
- Usar refrigerante o hielo.
- El hielo no debe tocar las bolsas de sangre, se recomienda sea separado por una tapa de Tecnopor o cartón, no usar hielo seco (para paquetes globulares).
- No usar aserrín.

**IMPORTANTE:** Las unidades deberán tener el Sello de Calidad del Pronahebas


 <b>HOSPITAL TARAPOTO</b>	<b>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</b>	<b>CÓDIGO: FR-ATT-002</b>
	<b>FORMATOS Y REGISTROS</b>	<b>VERSIÓN: 02</b>

**EG05-FR04: LIBRO DE TRANSFUSIONES**

N°	Fecha	Hora	HEMOCOMPONENTE SOLICITADO								DATOS DEL PACIENTE
			N° De Lote	Sello de Calidad	Grupo y Rh de la Bolsa	PG	PFC	CRIO	PQ	TAMIZ	APELLIDOS Y NOMBRES



DATOS DEL PACIENTE							PRUEBA DE COMPAT.		ATENIDO POR	RECEPCIONADO POR	FIRMA	OBSERVACIONES
GRUPO Y RH	HB/HTO	HCL	EDAD	SIS	SERV	CAMA	SI	NO				

	<b>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</b>	<b>CÓDIGO: FR-ATT-003</b>
	<b>FORMATOS Y REGISTROS</b>	<b>VERSIÓN: 02</b>

**EG05-FR05: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR**

Fecha:

**I. DATOS PERSONALES:**

Apellidos y Nombre del Receptor:		
Edad: años	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nº de Historia Clínica:
Servicio:	Cama:	



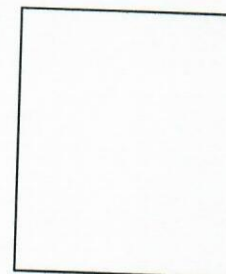
**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Yo, concedo autorización para que se me transfunda la cantidad necesaria de sangre y/o hemocomponentes. Certifico que he tenido la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento, que se me respondieron todas las preguntas que realicé y que entiendo lo que es y cuáles son sus riesgos. También he tenido la oportunidad de negarme a ser transfundido. He revisado y entendido la información que me dieron referente al riesgo de propagación de los virus del SIDA, Hepatitis y otros, a través de transfusiones de sangre, plaquetas o plasma. Entiendo que durante o después de la transfusión pueda sufrir una reacción inesperada, por ello eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros ante cualquier tipo de reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administradores tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a esta transfusión y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.



\_\_\_\_\_  
Firma del Receptor/Padre/Apoderado

Huella Digital



\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Solicitante

**IMPORTANTE:** Si el paciente se encuentra inconsciente, y/o los familiares no se encuentran en el momento que se requiera la transfusión, el médico tratante debe firmar el consentimiento.

**PARA SER LLENADO POR EL PERSONAL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DEL HEMOCOMPONENTE**


HEMOCOMP.	LOTE	SELLO DE CALIDAD	P. CRUZADA	FECHA Y HORA DE ENTREGA	RESPONSABLE

HEMOCOM.  
P. CRUZADA:

P.G: Paquete Globular,  
C: Compatible

PFC: Plasma Fresco congelado; PQ: Plaquetas  
I: Incompatible

CRIO: CRIOPRECIPITADO

	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: FR-HVG-001
	FORMATOS Y REGISTROS	VERSIÓN: 02

**EG05-FR06: INFORME DE SEGUIMIENTO DE RECEPTORES**

Fecha:

Apellidos y Nombres del Donante:		
Edad: años	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nº de H. Cl.:
Domicilio:		Teléfono: Celular:
Prueba de Tamizaje Reactiva:		
Fecha de la Prueba de Tamizaje Reactiva:		
Reactivo Usado:	Marca:	Lote:



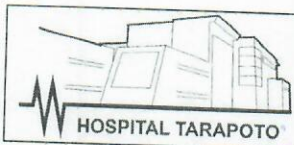
Fecha de Donación	Nº de unidad	Hemocomponente	Nombre del Receptor	Fecha de Transfusión



Nombre del Receptor	Antecedentes de Transfusiones Previas en la Institución		Antecedentes de Transfusiones Previas en otras Instituciones	
	SI	NO	SI	NO

Nombre, Firma y Sello del Responsable





**CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I  
HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

**CÓDIGO:  
FR-ATT-004**

**FORMATOS Y REGISTROS**

**VERSIÓN: 02**

**EG05-FR07: HOJA DE CONDUCCIÓN TRANSFUSIONAL**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ H.C. \_\_\_\_\_

Nº de lote de bolsa: \_\_\_\_\_ Componente: \_\_\_\_\_

Del paciente: Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

De la bolsa: Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

**Antecedentes:**

Alergias ( ) Diálisis ( ) Asma ( ) Gestaciones ( )

Transfusiones previas: SI NO

Reacciones transfusionales: SI NO Anticuerpos: \_\_\_\_\_

Tipo de Reacción: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnóstico de enfermedad: \_\_\_\_\_

**CONDUCCIÓN DE LA TRANSFUSIÓN:**

Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de termino: \_\_\_\_\_

Parámetro/Hora						
Presión Arterial						
Frecuencia de pulso						
Respiraciones						
Temperatura						
Palidez – Hematocrito						
Cianosis						
Sangrado/Plaquetas						
Volumen de sangrado						

ESTADOS CLÍNICOS	1	2	3
Estado de conciencia (a)			
Estado cardiovascular (b)			
Estado pulmonar (c)			

- (a) 1: Consciente 2: Somnoliente o desorientado 3: Coma  
 (b) 1: Normal 2: Infarto miocardio agudo, hipertensión arterial, valvulopatía, angina  
 (c) 1: Normal 2: Enfermedad parenquimal pulmonar, asma, EPOC

**REACCIONES ADVERSAS**

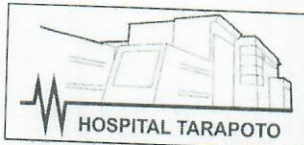
- ( ) Dolor subesternal ( ) Urticaria ( ) Desasosiego ( ) Dolor perfusión ( ) Vómitos  
 ( ) Sangrado en capa ( ) Escalofríos ( ) Disnea ( ) Hemoglobinemia ( ) Fiebre  
 ( ) Coombs positivo ( ) Hipotensión Otros: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_

Transfusor: \_\_\_\_\_

Nombre completo/ Cargo:

Firma y Sello



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I  
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

FORMATOS Y REGISTROS

CÓDIGO:  
FR-GDC-001

VERSIÓN: 02

**EG06-FR02: CONTROL MAESTRO DE DOCUMENTOS**

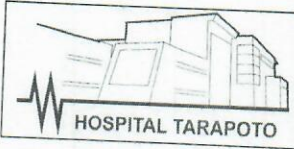
Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Responsable del Banco de Sangre: \_\_\_\_\_



Nº	Código del Documento	Nombre del Documento	Responsable de Archivar	Acceso	Original	Copia1	Copia2	Copia3	Copia4	Tiempo de vigencia	Ubicación Física

\_\_\_\_\_  
Nombre, Firma y Sello del Responsable



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I  
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

CÓDIGO:  
FR-GDC-002

FORMATOS Y REGISTROS

VERSIÓN: 02

**EG06-FR01: CONTROL MAESTRO DE FORMATOS Y REGISROS**

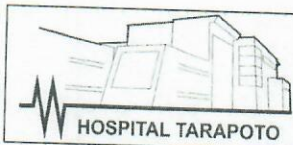
Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Responsable del Banco de Sangre: \_\_\_\_\_

Nombre del Formato/Registro	Código	Tiempo de revisión	Ubicación Física



\_\_\_\_\_  
Nombre, Firma y Sello del Responsable



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I  
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

CÓDIGO:  
FR-SGC-001

FORMATOS Y REGISTROS

VERSIÓN: 02

**EG07-FR01: INFORME DE NO CONFORMIDAD**

Nº de Informe de No Conformidad:

Fecha:

Área responsable de la No Conformidad:



**PRODUCTO O  
SERVICIO  
NO CONFORME:**

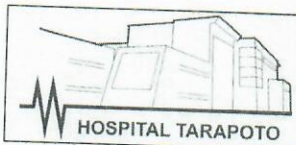


**CAUSA DE LA  
NO CONFORMIDAD:**

**ACCIÓN INMEDIATA:**

**SEGERENCIAS:**

\_\_\_\_\_  
Nombre, Firma y Sello del Responsable



**CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I  
HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

**CÓDIGO:  
FR-ATT-005**

**FORMATOS Y REGISTROS**

**VERSIÓN: 02**

**EG07-FR02: REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL**

**INDICACIONES GENERALES:**

1. El médico tratante debe permanecer a la cabecera del paciente los primeros 15 min de la transfusión.
2. Suspender la transfusión. Notifique de inmediato al médico tratante si la reacción ocurrió después de los primeros 15 min.
3. Verificar la identidad del paciente, que correlaciones con la hoja de conducción y datos de la unidad de sangre o componente. Verificar el número de la unidad de sangre o componente.
4. Completar el formato de Reporte de Reacciones Transfusionales.
5. El formato DEBERA SER FIRMADO POR EL MEDICO QUE ATIENDE LA REACCION TRANSFUSIONAL.
6. Comunicar al Banco de Sangre la aparición de la reacción transfusional. Devolver la unidad(es) de sangre o componente al Banco de Sangre, sin retirar el equipo de transfusión, acompañado de la copia del formato de Reporte de Reacciones Transfusionales.
7. Colectar la primera orina que emita el paciente. Enviar la muestra al laboratorio para su análisis, con el rotulo de "Reacción Transfusional"

**Para ser llenado por enfermería. Debe ser revisado por el Médico que atiende la Reacción Transfusional**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 HC. N°: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Cama N°: \_\_\_\_\_

N° de Lote de Unidad o componente: \_\_\_\_\_

**Componente:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Glóbulos Rojos        | <input type="checkbox"/> Glóbulos Rojos Lavados         | <input type="checkbox"/> Plasma Fresco Congelado  |
| <input type="checkbox"/> Plasma Residual       | <input type="checkbox"/> Crioprecipitado                | <input type="checkbox"/> Concentrado de Plaquetas |
| <input type="checkbox"/> Plaquetas de Aféresis | <input type="checkbox"/> Glóbulos Rojos Desleucocitados | <input type="checkbox"/> Otros                    |

Cantidad Transfundida: \_\_\_\_\_  
 Premedicación Previa a Transfusión: \_\_\_\_\_

Hora de inicio de Transfusión: \_\_\_\_\_ AM/PM Hora de Suspensión de Transfusión: \_\_\_\_\_ AM/PM  
 Hora de Notificación al Médico: \_\_\_\_\_ AM/PM Hora de Notificación al Banco de Sangre: \_\_\_\_\_ AM/PM  
 Hora de Recolección de la Orina: \_\_\_\_\_ AM/PM

Cambios en signos vitales y síntomas Clínicos (Verificar el ítem adecuado):

- Fiebre (T°): Pre: \_\_\_\_\_ Post: \_\_\_\_\_ Presión Arterial: Pre: \_\_\_\_\_ Post: \_\_\_\_\_  
 Frecuencia de Pulso: Pre: \_\_\_\_\_ Post: \_\_\_\_\_ Frecuencia Respiratoria: Pre: \_\_\_\_\_ Post: \_\_\_\_\_  
 Escalofríos  Cianosis  Cefalea  Náuseas  Dolor Torácico  
 Prurito  Edema Facial  Dolor lumbar  Hemoglobina  Otros:  
 Paciente se encuentra en:  
 Sepsis  CID  Quimioterapia  Tratamiento ATB  Uso Metildopa

**MARCAR AQUÍ DE NO PRESENTARSE NINGUNA REACCIÓN TRANSFUSIONAL:**

Firma y CEP de Enfermera: \_\_\_\_\_ Firma, Sello y CMP del Médico: \_\_\_\_\_

**Para ser llenado por el Médico del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre**

- II. El Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre deberá ser notificado en las siguientes situaciones:
- Errores Clericales o Errores Técnicos que provoquen Reacciones Transfusionales en el paciente.
  - Hemólisis o Test de Coombs Directo Positivo en la muestra Post Transfusional del paciente.

Notificación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ AM/PM

III. Estudios de Laboratorio Adicionales

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bilirrubina 5 – 7 hrs post Transfusión: | <input type="checkbox"/> Examen de Orina: |
| <input type="checkbox"/> Perfil de Coagulación:                  | <input type="checkbox"/> Otros: _____     |

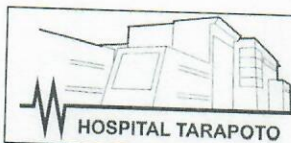
**RESUMEN**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reacción Hemolítica Inmediata | <input type="checkbox"/> Reacción Hemolítica Tardía   | <input type="checkbox"/> Reacción Hemolítica no Inmune |
| <input type="checkbox"/> Fiebre                        | <input type="checkbox"/> Anafilaxis                   | <input type="checkbox"/> Alergia-Urticaria             |
| <input type="checkbox"/> Sobrecarga Circulatoria       | <input type="checkbox"/> Hepatitis Post transfusional | <input type="checkbox"/> Contaminación Bacteriana      |
| <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> Otros                         |

Reporte y Recomendaciones del Médico del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre:

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_ AM/PM Firma, CMP y Sello \_\_\_\_\_

**Original: Historia Clínica Copia: Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre**



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I  
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

CÓDIGO:  
FR-MEC-003

FORMATOS Y REGISTROS

VERSIÓN: 02

**EG08-FR01: FICHA DE EVALUACIÓN INTERNA (Hoja 1 de 2)**

Nº de Evaluación Interna:

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Nombre del Responsable del Centro de Hemoterapia: \_\_\_\_\_

Equipo Evaluador: \_\_\_\_\_

Fecha:

Hora de inicio:

Hora de Término:

**NO CONFORMIDADES / OBSERVACIONES:**

**EG01. ORGANIZACIÓN.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EG02. RECURSOS.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EG03. EQUIPAMIENTO.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EG04. ASUNTOS RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR Y EL USUARIO.**

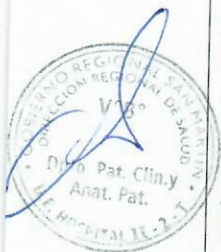
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

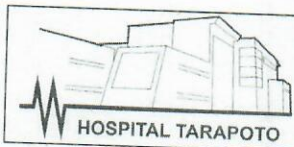
**EG05. CONTROL DE PROCESOS.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EG06. DOCUMENTOS Y REGISTROS.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I  
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

FORMATOS Y REGISTROS

CÓDIGO:  
FR-MEC-003

VERSIÓN: 02

**EG08-FR01: FICHA DE EVALUACIÓN INTERNA (Hoja 2 de 2)**

Nº de Evaluación Interna

**EG07. INCIDENTES, ERRORES, ACCIDENTES, NO CONFORMIDADES Y COMPLICACIONES.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EG08. EVALUACIONES INTERNAS Y EXTERNAS.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EG09. MEJORAMIENTO DEL PROCESO A TRAVÉS DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EG10. CENTRO DE TRABAJO Y SEGURIDAD.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de No Conformidades u Observaciones:

**COMENTARIOS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

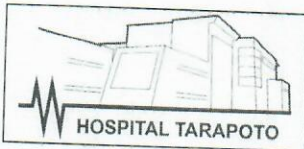
**SUGERENCIAS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Evaluador

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Evaluador





CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I  
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

CÓDIGO:  
FR-MEC-004

FORMATOS Y REGISTROS

VERSIÓN: 02

**EG08-FR02: FICHA DE EVALUACIÓN EXTERNA (Hoja 1 de 2)**

Nº de Evaluación Externa:

Nombre de la Dirección de Salud:

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Nombre del Responsable del Centro de Hemoterapia: \_\_\_\_\_

Equipo Evaluador: \_\_\_\_\_ Fecha:

Hora de inicio:

Hora de Término:



**NO CONFORMIDADES / OBSERVACIONES:**

**EG01. ORGANIZACIÓN.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EG02. RECURSOS.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EG03. EQUIPAMIENTO.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EG04. ASUNTOS RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR Y EL USUARIO.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EG05. CONTROL DE PROCESOS.**

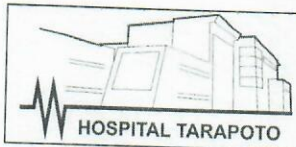
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EG06. DOCUMENTOS Y REGISTROS.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_







**EG08-FR02: FICHA DE EVALUACIÓN EXTERNA (Hoja 2 de 2)**

Nº de Evaluación Externa

**EG07. INCIDENTES, ERRORES, ACCIDENTES, NO CONFORMIDADES Y COMPLICACIONES.**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EG08. EVALUACIONES INTERNAS Y EXTERNAS.**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EG09. MEJORAMIENTO DEL PROCESO A TRAVÉS DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS.**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EG10. CENTRO DE TRABAJO Y SEGURIDAD.**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Número de No Conformidades u Observaciones:

**COMENTARIOS**

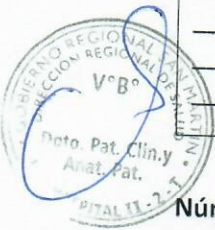
\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_


**SUGERENCIAS**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma y Sello del Evaluador

\_\_\_\_\_  
 Firma y Sello del Evaluador



	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: FR-SGC-002
	FORMATOS Y REGISTROS	VERSIÓN: 02

**EG09-FR01: INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA PREVENTIVA**

No de Informe:

**ORIGEN:**

Reclamo de Cliente	Auditoría	No Conformidad	Revisión de la Dirección	Análisis de Datos	Otros
--------------------	-----------	----------------	--------------------------	-------------------	-------

Área Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de ocurrencia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD POTENCIAL:

CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

Investigador: \_\_\_\_\_ Fecha de informe: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD POTENCIAL:

MEDIDA PREVENTIVA:

Aprobada por: \_\_\_\_\_ Plazo de Implementación: \_\_\_\_\_

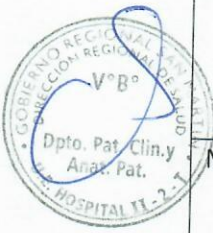
Firma y Sello: \_\_\_\_\_

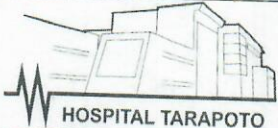
Responsable de la Verificación: \_\_\_\_\_ Fecha de verificación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA PREVENTIVA

EFICAZ  NO EFICAZ

Nombre, Firma y Sello del Responsable: \_\_\_\_\_



 HOSPITAL TARAPOTO	<b>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I</b> <b>HOSPITAL II-2 TARAPOTO</b>	<b>CÓDIGO:</b> <b>FR-SGC-003</b>
	<b>FORMATOS Y REGISTROS</b>	<b>VERSIÓN: 02</b>

**EG09-FR02: INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA CORRECTIVA**

No de Informe:

**ORIGEN:**

Reclamo de Cliente	Auditoría	No Conformidad	Revisión de la Dirección	Análisis de Datos	Otros
--------------------	-----------	----------------	--------------------------	-------------------	-------

Área Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de ocurrencia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL:



Investigador: \_\_\_\_\_ Fecha de informe: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS:



MEDIDA CORRECTIVA:

Aprobada por: \_\_\_\_\_ Plazo de Implementación: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: \_\_\_\_\_

Responsable de la Verificación: \_\_\_\_\_ Fecha de verificación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA CORRECTIVA

EFICAZ  NO EFICAZ

Nombre, Firma y Sello del Responsable: \_\_\_\_\_



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I  
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

CÓDIGO:  
FR-MEC-004

FORMATOS Y REGISTROS

VERSIÓN: 02

**EG09-FR03: RECLAMO DE LOS USUARIOS**

Fecha de Recepción del Reclamo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora de Recepción del Reclamo: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ AM / PM

Nombre del Usuario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_



**MOTIVO DEL RECLAMO:**  
\_\_\_\_\_



**Receptor del Reclamo:** \_\_\_\_\_

**Área del Receptor:** \_\_\_\_\_

Reclamo Directo:  Reclamo por Teléfono:  Reclamo por Carta:

Reclamo por E-mail:  Otros:

Nombre y Firma del Receptor del Reclamo:  
\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de la persona que realiza el Reclamo:  
\_\_\_\_\_

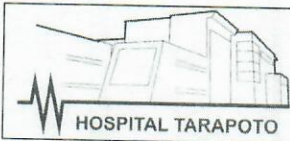
**PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE ATENDER EL RECLAMO:**

Fecha de Recepción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ AM/PM

Fecha de Solución: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ AM/PM

**SOLUCIÓN INMEDIATA:**  
\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Responsable de Atender el Reclamo:  
\_\_\_\_\_



**EG10-FR02: ACTA DE ELIMINACIÓN DE UNIDADES**

El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_ horas, en presencia de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En cumplimiento con las Normas de Seguridad, se procede a la eliminación de las unidades y/o componentes sanguíneos, los cuales reúnen las siguientes características:



Nº de unidad	Grupo Sanguíneo	Factor Rh	Hemocomponente eliminado	Causa de Eliminación

Firma y Sello del Responsable del CH y BS: \_\_\_\_\_

Firma y Sellos del Tecnólogo médico/Técnico de laboratorio \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Representante de Epidemiología: \_\_\_\_\_

## EG10-FR01: DISEÑO ARQUITECTÓNICO



El diseño arquitectónico del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre deberá contemplar las siguientes Normas Técnicas:

- Reglamento General de Construcciones.
- Ley y Reglamento de Bancos de Sangre.
- Norma Técnica para Discapacitados
- Diseño Arquitectónico para Hospitales.
- Norma de Acreditación de Hospitales.
- Criterios de Calidad del PRONAHEBAS.
- Normas de Bioseguridad.
- Reglamento de Eliminación de Residuos sólidos.



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE



HOSPITAL II-2 TARAPOTO



## CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	CAMBIOS REALIZADOS AL DOCUMENTO
01	Setiembre del 2019	Creación del documento
02	Abril del 2022	Actualización del documento



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

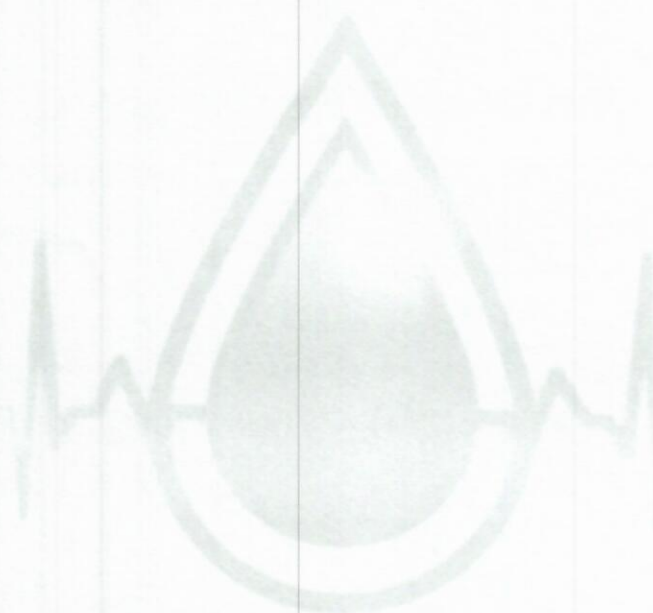


HOSPITAL II-2 TARAPOTO

**APROBACIÓN**

	ACTUALIZADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
NOMBRE	<p>Gobierno Regional San Martín Unidad Ejecutora Hospital II-2 Tarapoto</p> <p><i>Fany Vásquez Bustamante</i></p> <p>..... <b>Uc. Fany Vásquez Bustamante</b> TECNÓLOGO MÉDICO CTMP: 12975</p> <hr/> <p><b>FANY VÁSQUEZ BUSTAMANTE</b> TECNÓLOGO MÉDICO</p>	<p>Gobierno Regional San Martín Unidad Ejecutora Hospital II-2 Tarapoto</p> <p><i>Diana Santillán Ruiz</i></p> <p>..... <b>M.C. Diana Santillán Ruiz</b> JEFE DEL DPTO. DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA</p> <hr/> <p><b>M.C. DIANA SANTILLÁN RUIZ</b> PATÓLOGA CLÍNICA</p>	<p>Gobierno Regional de San Martín Unidad Ejecutora Hospital II-2 Tarapoto</p> <p><i>Jacqueline Castañeda Cardenas</i></p> <p>..... <b>M.C. JACQUELINE CASTAÑEDA</b> CARDENAS CMP: 57285 R.N.A. 05465</p> <hr/> <p><b>MÉDICO AUDITOR</b></p>
CARGO	<p>ENCARGADA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO.</p>	<p>DIRECTORA DEL BANCO DE SANGRE REGIONAL SAN MARTÍN</p>	<p><b>DIRECTORA DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO</b></p>
FECHA	<b>12.04.2022</b>	<b>29.04.2022</b>	

CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE



HOSPITAL II-2 TARAPOTO